

Persönliche PDF-Datei für Fröhlich N, Bosch B, Sirignano F, Paffrath A.

Mit den besten Grüßen von Thieme

www.thieme.de

Fallbericht schwere postpartale Depression

PiD - Psychotherapie im Dialog

2025

101-104

10.1055/a-2420-4568

Dieser elektronische Sonderdruck ist nur für die Nutzung zu nicht-kommerziellen, persönlichen Zwecken bestimmt (z. B. im Rahmen des fachlichen Austauschs mit einzelnen Kolleginnen und Kollegen oder zur Verwendung auf der privaten Homepage der Autorin/des Autors). Diese PDF-Datei ist nicht für die Einstellung in Repositorien vorgesehen, dies gilt auch für soziale und wissenschaftliche Netzwerke und Plattformen.

Copyright & Ownership
© 2025. Thieme. All rights reserved.
Die Zeitschrift *PiD - Psychotherapie im Dialog* ist Eigentum von Thieme.
Georg Thieme Verlag KG,
Oswald-Hesse-Straße 50,
70469 Stuttgart, Germany
ISSN 1438-7026

Fallbericht Schwere postpartale Depression

„Ich kann nichts, ich schaffe nichts und ich bin eine schlechte Mutter!“

Eine 36-jährige Patientin stellt sich nach der Geburt ihrer Tochter, auf Drängen des Ehemannes und der Hebamme, mit massivem Überforderungserleben mit der Versorgung des 4 Wochen alten Säuglings vor – sie leidet an starker innerer Unruhe, panikartigen Zuständen beim Schreien des Kindes und ausgeprägten Schlafstörungen.

Anlass der Therapie

Angaben zur Person

Frau P. stellt sich in der psychiatrischen Institutsambulanz nach der Geburt ihrer 4 Wochen alten Tochter vor. Bisher war die Patientin noch nie in psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlung.

Die Patientin lebt seit 17 Jahren in einer festen Partnerschaft, ist seit 6 Jahren verheiratet und wohnt gemeinsam mit ihrem Ehemann in einem Haus. Beide sind berufstätig.

Nach 3-jähriger Kinderwunschbehandlung trat die Schwangerschaft ein. Diese verlief unkompliziert, endete jedoch abrupt in der 37. SSW mit einem Notkaiserschnitt.

Symptomatik

Die Patientin berichtet unter Tränen, dass sie seit der Geburt ihrer Tochter ständig das Gefühl habe, diese nicht ausreichend versorgen zu können. Hierbei würden die Gedanken ständig darum kreisen, dass sie glaube, die Ernährung, Versorgung und tägliche Pflege nicht schaffen zu können.

Ausgangspunkt sei, dass bereits in den ersten Wochen das Stillen nicht funktioniert habe und die Tochter schon von Beginn an die Flasche erhalten habe. Diese habe nach Annahme der Patientin zu Bauchschmerzen bei dem Kind geführt und das wiederum zum anhaltenden Schreien des Kindes.

Dadurch seien bei ihr starke Schuldgefühle der Tochter gegenüber entstanden. Hinzugekommen sei der Schlafmangel und die innere Unruhe die sie, selbst wenn die Tochter schlief, nicht zur Ruhe kommen ließen. Innerlich fühle sie sich wie unter Strom und

glaube, das Herz rase permanent. Nach ihrer Schilderung habe sie sehr viele dieser Panikattacken pro Tag und in dieser Zeit wäre sie so sehr mit sich selbst beschäftigt, dass sie die Tochter nicht versorgen könne. Dies würde sie noch mehr herunterziehen.

Sie fühle sich als schlechte Mutter, Versagerin und selbst wenn die Tochter schreien würde, könne sie diese nicht beruhigen, sondern müsse das ihrem Mann überlassen. Diese Symptome würden immer schlimmer werden und sie komme aus dem „Gedankenkarussell“ nicht mehr heraus.

Die Patientin berichtet, dass sie von ihrem Umfeld sehr verunsichert sei. Sie mache sich viel Sorgen darum, was andere von ihr denken könnten, dabei fühle sie sich insuffizient und nicht wertvoll als Mutter.

In dieser für sie als extrem wahrgenommenen Situation habe sie schon an Suizid gedacht, um der Familie nicht mehr im Wege zu stehen und der Tochter eine „ungestörte“ Entwicklung zu ermöglichen. Sie habe versucht, sich zu strangulieren. Diesen Versuch beschreibt sie als „eines Tuches um den Hals schlingen“, jedoch beim Versuch des Zusammenziehens bzw. Befestigens habe sie selbst die Handlung abgebrochen und wäre zu ihrem Mann gegangen, dem sie sich offenbart habe. Dieser habe ihr Zuversicht gegeben und ihr seine Hilfe und Unterstützung versichert. Er habe ihr ausgeführt, wie er sich ein Familienleben mit ihr vorstellen würde und habe sie auch zur psychiatrischen Vorstellung und stationären psychiatrischen Behandlung motiviert.

Lebensgeschichtliche Entwicklung

Die Patientin wurde Anfang der 1980er-Jahre geboren. Sie ist selbst ein Einzelkind und arbeitet seit der Ausbildung als Speditionskauffrau als Angestellte in einem großen Unternehmen. In der Kindheit gab es keine von der Patientin beschriebenen anhaftenden negativen Erfahrungen. Die Mutter war alleinerziehend nach früher Trennung vom Vater. Fremdanamnestic bestünde wohl auch bei der Mutter der Patientin eine Depression, die mit Antidepressiva behandelt worden sei. Sie habe keine Geschwister und

die Beziehung zur Mutter wird als unkompliziert beschrieben. Die alleinerziehende Mutter hatte nicht immer viel Geld zur Verfügung, habe jedoch immer versucht, der Tochter „alles“ zu ermöglichen.

Nach unkomplizierter schulischer Laufbahn und Realschulabschluss schloss sich gleich eine Ausbildung als Speditionskauffrau an. Nach dem Abschluss fand sie eine Arbeitsstelle in einem großen Unternehmen, in dem sie bis zum Mutterschutz tätig war. Der Ehemann hat nach der Geburt des Kindes nach 2 Wochen Urlaub wieder gearbeitet. Die Elternzeit war 12 Monate durch Frau P. geplant, danach wollte sie ebenfalls wieder in ihren Beruf zurückkehren.

Ihren jetzigen Ehemann lernte sie vor 17 Jahren kennen und ist mit ihm seit 6 Jahren verheiratet. Sie bewohnen ein eigenes Haus. Die Partnerschaft wird als harmonisch und kraftgebend beschrieben.

Frau P. beschreibt ihren Ehemann als sehr guten Vater, der sich sehr um die Tochter gekümmert habe – besonders, als es ihr schlecht ging. Auch ihre Mutter habe den Säugling versorgt, als ihr dies nicht möglich war. Das kleine Familiensystem habe versucht, sie etwas zu entlasten.

Nachdem das Paar schon 2 Jahre zuvor probiert habe, ein Kind zu bekommen, trat die Schwangerschaft nach 3-jähriger hormonell unterstützender Kinderwunschbehandlung ein. In der Schwangerschaft habe es keine Probleme gegeben und alle Untersuchungen seien in Ordnung gewesen. Sehr unerwartet sei es schon in der 37. Schwangerschaftswoche zu Komplikationen (Verdacht auf Eklampsie mit starken Blutdruckschwankungen und Reduktion der kindlichen Herzrhythmen) gekommen und die Tochter musste per Notkaiserschnitt zur Welt gebracht werden.

Bisherige psychiatrische Vorbehandlungen oder Vorerkrankungen lassen sich nicht eruieren.

Psychischer Befund bei Erstkontakt in der psychiatrischen Institutsambulanz

- Die Patientin ist im Erstkontakt extrem angespannt, weinerlich und überlässt das Reden ihrem Mann, der sie zur Vorstellung begleitet.
- Sie ist kaum auskunftsbereit und verschlossen. Sie wirkt hilflos und ratlos.
- Formal ist sie wach und kontaktfähig, mit starker Bewusstseinsinengung auf das Defiziterleben.
- im formalen Gedankengang verlangsammt mit Konzentrationsdefizit
- keine inhaltlichen Denkstörungen
- aktuell keine Hinweise auf wahnhaftige Symptome, keine Sinnestäuschungen, keine Ich-Grenzen-Störungen
- Affekt starr, freudlos mit Versagensängsten, Panikattacken und Zukunftspessimismus
- Antrieb stark reduziert mit sozialem Rückzug
- psychomotorisch unruhig und angespannt
- Angabe von ausgeprägten Ein- und Durchschlafstörungen mit frühmorgendlichem Erwachen
- aktuell klar abständig von handlungsleitender Suizidalität bei angegebene Strangulationsversuch in der Häuslichkeit
- klar therapiemotiviert und -willig

Psychologische Diagnostik

Die Zusammenschau der testpsychologischen Befunde spricht für das Vorliegen einer schweren depressiven Episode ohne psychotische Symptome mit postpartaler Manifestation (ICD 10: F32.2, ICD 10: O99.3) auf dem Boden einer ängstlich-selbstunsicheren Persönlichkeitsstruktur und kompensatorisch wirkenden zwanghaften Anteilen.

Interessenkonflikt

Die Autorinnen/Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Autorinnen/Autoren



Nadine Fröhlich

Dr. med. Fachärztin für Neurologie (Ausbildung an der Klinik für Neurologie, Neurochirurgie Universität Leipzig und Klinikum St. Georg Leipzig)

Fachärztin für Psychiatrie und

Psychotherapie (Ausbildung an der Klinik für Psychiatrie Psychotherapie und Psychosomatik des Sächsischen Krankenhauses Altscherbitz in Zusammenarbeit mit dem Sächsischen Weiterbildungskreis dort verhaltenstherapeutische Ausbildung) Seit 2016 als Oberärztin am Sächsischen Krankenhaus Altscherbitz – Klinik für Psychiatrie Psychotherapie und Psychosomatik mit Schwerpunkt stationäre und tagesklinische Psychotherapie für Junge Erwachsene und ambulante und stationäre Betreuung der Eltern Kind Therapie tätig.

Kommentare

Verhaltenstherapeutische Perspektive

Erste Ideen

Die beschriebene ängstlich agitierte Symptomatik mit massiver innerer Unruhe, Grübelschleifen, Selbstzweifeln, starkem Überforderungserleben und Schlafstörungen ist eine sehr häufige Form der Postpartalen Depression.

Die Patientin hat eine Eklampsie mit folgendem Notkaiserschnitt erlebt und keine Zeit gehabt, dies im Wochenbett, in dem alles auf das Wohlergehen des Babys ausgelegt ist, zu verarbeiten. Hinzu kommen starke hormonelle Veränderungen, die ebenfalls einen Einfluss auf unser psychisches Erleben haben können. Wie hat sie das erlebt und bisher verarbeitet?

Die Patientin wurde nach 3-jähriger Kinderwunschbehandlung schwanger. Neben der körperlichen und psychischen Belastung (Hormonbehandlung, medizinische Eingriffe) können in dieser Zeit erste Gefühle der Enttäuschung, des Versagens, der Hilflosigkeit und Einsamkeit sowie idealisierte Vorstellungen der Mutterschaft entstanden sein. Wie hat sich die Patientin ihr Wochenbett vorgestellt? Was erlebt sie aktuell wirklich?

Häufig werden Bilder suggeriert von der „glücklichen Schwangerschaft“ und dem „wunderschönen Wochenbett“, den Erwartungen an die „natürliche Geburt“ und der „innigen Stillzeit“. Die schwere körperliche Erkrankung der Patientin zum Ende der Schwangerschaft und der Notkaiserschnitt werden dazu beigetragen habe, dass die Patientin in einen emotionalen Überforderungszustand kam und sie in die dysfunktionale Strategie des „sich Hinterfragen“ reinrutschte.

Therapeutisches Vorgehen

Da der Schlafmangel ein sehr zentraler destabilisierender Faktor ist, würde ich der Patientin empfehlen, die Schlafstörung Übergangsweise medikamentös behandeln zu lassen. Die Patientin hat abgestellt, es gibt aber auch stillverträgliche Medikamente.

Akut sollte der Partner das Baby nachts (teilweise) versorgen, um den Schlaf der Patientin zu sichern und nächtliche Grübelschleifen zu verhindern.

Distanzierungstechniken (ACT) sind in solchen Fällen hilfreich, greifen oft aber erst ab einem gewissen Grad der Stabilität.

Die Mischung von starken hormonellen Einflüssen, traumatischen Geburtserlebnissen und gravierendem Schlafmangel stellt eine nicht ungefährliche Situation dar, wie es sich hier an der auftretenden Suizidalität zeigt. Auch an psychotische Verläufe muss in solchen Situationen immer gedacht werden – besonders vor dem Hintergrund des massiven Schlafmangels.

Ich würde mit der Patientin die agitierten Symptome in Anbetracht des Erlebten einsortieren. Hier würde ich viel Raum für das Validieren der Gefühle hinsichtlich der Geburtserlebnisse und der Eklampsie geben. Mithilfe eines Zeitstrahls würden Fragen erarbeitet wie:

- An welchen Stellen hatte ich besonders große Angst?
- Wo habe ich mich besonders überfordert/ausgeliefert/hilflos gefühlt?

Die Zeit der Kinderwunschbehandlung und die eigenen Fantasien zum Muttersein und der erlebten Realität (nicht Stillen können, Baby schreit viel) würden beleuchtet werden.

Das Hinterfragen der eigenen Fähigkeiten kann so als dysfunktionale Bewältigungsstrategie und somit als Versuch aversive Gefühle zu vermindern, bzw. es besser machen zu wollen, benannt werden. Hier würde mit dem Bild der inneren Beraterin gearbeitet werden, die helfen möchte, aber in der Konsequenz alles nur schlimmer macht (kritisches Hinterfragen, Selbstzweifel, Insuffizienzerleben, Dekompensation). Im Therapieverlauf könnten funktionalere Strategien erarbeitet werden, z. B. Akzeptanz gegenüber eigenen Gefühlen (Trost als wichtiger Bestandteil sowohl sich selbst als auch dem Baby gegenüber), Austausch und Kontakt mit anderen Müttern fördern (Aktivierung) und Elemente der Selbstfürsorge, um sich für schwierige und belastende Situationen zu stärken.

Die Patientin äußert, dass sie „von ihrem Umfeld sehr verunsichert“ sei. Hier empfiehlt sich nach Erwartungen des Umfeldes und eventuellem Rückversicherungsverhalten der Patientin zu fragen. Liest sie viele Ratgeber, wie stark nutzt sie die sozialen Medien zum Thema Mutterschaft (Podcasts, Momfluencer etc.)? Oft kann auch dieses Verhalten als Versuch benannt werden, es besser machen zu wollen – mit dem Ergebnis, dass das Insuffizienzerleben nur noch steigt. Eine vereinbarte Informationspause kann helfen, um sich auf schöne Interaktionen und selbstwirksame Momente zu konzentrieren (positive Verstärkung).

In unsicheren Momenten sollte weiterhin mit Akzeptanz und Trost gearbeitet werden („Ich darf mich verunsichert fühlen.“).

Die meisten Frauen verstehen diesen Ansatz sehr schnell, da aktuell genau dies in der Kindererziehung empfohlen wird: Gefühle validieren und trösten.

Spannend ist hier auch die Frage, wie die Patientin in ihrer Kindheit getröstet wurde, wie ihre alleinerziehende Mutter mit Gefühlen der Unsicherheit, Überforderung etc. umgegangen ist.

Im Laufe der Therapie empfiehlt sich ein Paargespräch, in dem das Erarbeitete zusammengefasst und formuliert wird, wie der Partner bei den o. g. Themen unterstützen kann.

Interessenkonflikt

Die Autorinnen/Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Autorinnen/Autoren



Britta Bosch

Dipl.-Psych., Jahrgang 1975, Psychologische Psychotherapeutin, Supervisorin, Verhaltenstherapie, tätig seit 2010 in eigener Praxis in Köln mit dem Schwerpunkt Schwangerschaft, Geburt,

Wochenbett und frühe Elternzeit; Mitbegründerin des Kölner Juno-Netzwerkes, welches das Ziel hat, die therapeutische Versorgung von peri- und postpartal erkrankten Müttern und Vätern zu verbessern und bestehende Angebote interdisziplinär zu vernetzen.

Systemische Perspektive

Erste Gedanken

Frau P. zeigt starke Selbstzweifel und fühlt sich in ihrer neuen Mutterrolle überfordert. Systemisch betrachtet ist ihre Krise Ausdruck eines Spannungsfeldes zwischen persönlichen, familiären und gesellschaftlichen Erwartungen.

Die lang ersehnte Geburt war ein einschneidendes Erlebnis. Der Notkaiserschnitt und die Stillprobleme bedeuteten für sie einen Kontrollverlust – ein Bruch mit ihrem Idealbild.

Weiterführende Fragen

Was bedeutet für Frau P. „gute Mutterschaft“ – und woher kommt dieses Bild? Welche Erfahrungen bringt sie aus ihrer Herkunftsfamilie mit? Ihre Mutter war alleinerziehend – das könnte das Muster „alles allein schaffen“ geprägt haben.

Wie wurde in ihrer Familie mit Schwäche oder Überforderung umgegangen? Und welche Funktion übernimmt die Depression im Familiensystem – was macht sie sichtbar, was verhindert sie?

Denkansätze

Vielleicht ist die Krise auch ein unbewusster Versuch, sich von einem starren Selbst-

bild zu lösen. Wenn Frau P. sagt: „Ich schaffe das nicht“, könnte das ein erster Schritt in Richtung Veränderung sein.

Die Krise verändert auch das Umfeld: Ihr Mann und ihre Mutter übernehmen Verantwortung, neue Muster können entstehen. Gleichzeitig erfüllt Frau P. eine wichtige systemische Funktion: Ihre Erschöpfung legt offen, was bislang unausgesprochen mitgetragen wurde – das Ideal, alles allein bewältigen zu müssen. Durch ihren Zusammenbruch stellt sie unbewusst etwas infrage, das vielleicht schon lange überfordernd war.

So bekommt das System die Chance, Neues zu erkennen: Welche Regeln wirken weiter? Wo braucht es mehr Offenheit für Verletzlichkeit – auch bei anderen? Ihr „Zusammenbruch“ kann Impuls für Veränderung im gesamten System sein.

Eine zentrale Frage wäre daher: Welche Botschaft steckt in den Symptomen? Und wie können wir neue Bedeutungen und Handlungsspielräume erschließen? Eine Externalisierung des inneren Kritikers kann dabei hilfreich sein.

Assoziationen

Die Geburt als „Krise der Ordnung“: Alte Strukturen tragen nicht mehr, neue sind noch nicht da. Frau P. war lange stark – nun braucht es neue Stärke: Beziehung, Selbstmitgefühl, Offenheit.

Systemisch gesehen ist ihre Krise ein Signal ans ganze System. Die Frage lautet nicht: „Wie kriegen wir das weg?“, sondern: „Was zeigt sich hier – und was will sich verändern?“

Interessenkonflikt

Die Autorinnen/Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Autorinnen/Autoren



Franziska Sirignano

B.Sc. Psychologie und Diplom-Kauffrau, ist systemische Therapeutin (DGSF-zertifiziert) in eigener Praxis in Saarbrücken. Nach dem Studium der Betriebswirtschaftslehre und

Psychologie an der Universität des Saarlandes absolvierte sie eine Weiterbildung zur systemischen Therapeutin. Zuvor war sie u. a. in der Jugendhilfe, im Adoptions- und Pflegekinderdienst sowie im psychologischen Dienst tätig. Ihre Arbeitsschwerpunkte sind systemische Beratung, Biografiearbeit und die Begleitung familiendynamischer Prozesse.

Tiefenpsychologische Perspektive

Die Patientin benötigt stabilisierende Interventionen, damit sie den therapeutischen Raum als sicheren Ort erlebt. Sie leidet unter einem starken Kontrollverlust, „ich habe nichts mehr in der Hand“. Die körperlichen Symptome der Eklampsie und die Konsequenz, die Schwangerschaft nicht natürlich beenden zu können, lösen Panik, Herzrasen und Schuldgefühle zu ihrem Kind aus. Es kommt zu einem Selbstwerteinbruch, „ich genüge nicht als Mutter“. Diese intrapsychische Dynamik sollte ihr verdeutlicht werden, mit dem Ziel der emotionalen Erleichterung.

Parallel sollte ein Verständnis über das Wochenbett unterstützen, dass sie die komplexe Interaktion zwischen Mutter und Säugling versteht und die Fragilität, die damit

verbunden ist. Säuglinge haben keine andere Möglichkeit ihre Bedürfnisse auszudrücken als durch Weinen. Weinen bedeutet nicht grundsätzlich, dass das Kind in Not ist. Es kann ein Bedürfnis nach körperlicher Nähe sein. Ist sie ungeduldig und gibt zu schnell auf, ihr Kind zu beruhigen? Sie sieht ihre Hilflosigkeit, ihre Verletzlichkeit in ihrem Kind gespiegelt.

Die ersten 12 Lebenswochen sind eine Zeit, in der alle Beteiligten nach der Entbindung zueinander finden. Mutterliebe und Mutterglück entstehen durch inneres Wachstum und Reifung. Eine traumatische Geburt kann diesen Prozess belasten.

In der vertieften Exploration sollte die Kinderwunschbehandlung reflektiert werden. Wie hat die Patientin die 3 Jahre erlebt? Gibt es abgewehrte Konflikte? Hat sie Ängste verdrängt? Welchen Einfluss hat diese Zeit auf ihr Selbstbild? Fühlte sie sich insuffizient?

Es sollte exploriert werden, wie sie mit Enttäuschung und Frustration umgeht. Welchen Einfluss hat die unkomplizierte Schwangerschaft? Eine Erleichterung, selbstwertstärkend, „doch zu genügen“? Welchen Einfluss haben die Eklampsie und Notsectio? Hatte sie Erwartungen an die Zeit nach der Entbindung? Möglicherweise eine idealisierte Vorstellung? Symbolisch könnten drei Stühle aufgestellt werden, zur Kinderwunschbehandlung, zur Schwangerschaft, zur Notsectio, um der Mutter ihr Erleben bewusster zu machen. Diese Symbolarbeit ist hilfreich, aus einer erweiterten Perspektive, Lebensereignisse zu betrachten, Identifikationen zu erkennen und auf-

zulösen. Sie fördert den Selbstbezug und die Handlungswirksamkeit.

Ihre eigene Mutterbindung sollte vertieft exploriert werden. Wie waren die Schwangerschaft und die Geburt der Patientin? Gibt es Schuldgefühle oder eine Identifikation mit dem Leid ihrer Mutter? Gibt es Glaubenssätze, „ich darf niemandem zur Last fallen“, die den aktuellen Schuldkonflikt auslösen? Hat sie das Gefühl, ihre Mutter bzw. ihr Umfeld zu enttäuschen, weil sie sich mit ihrer Mutterschaft überfordert fühlt? Hat sie den Anspruch an sich selbst, alles schaffen zu müssen? Sie sollte gestützt werden, Hilfe ihres Mannes ohne ein schlechtes Gewissen anzunehmen. Ihre Partnerschaft ist eine Ressource.

Interessenkonflikt

Die Autorinnen/Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Autorinnen/Autoren



Anette Paffrath

Dipl.-Psych., geb. 1959, Psychologische Psychotherapeutin, Studium der Diplom-Psychologie an der Universität Hamburg, Psychodramatherapeutin. Seit 1992 in freier Praxis in

Düsseldorf, 1999 Approbation in tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie. Praxisschwerpunkt: ambulante Begleitung depressiver Entwicklungen in der Schwangerschaft, im Wochenbett, Geburtstraumata und stille Geburt.